

291

1428

PUBLICATIONS DE LA SOCIÉTÉ
D'ÉTUDES COLONIALES DE
BELGIQUE.



WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weITROmec
Call	pan
No.	WC705
	1905
	B86t2

La

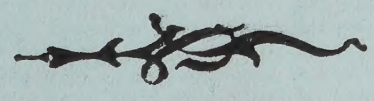


Trypanosomiase chez l'Européen

A. BRØDEN

LABORATOIRE DE LA SOCIÉTÉ
D'ÉTUDES COLONIALES

LÉOPOLDVILLE, LE 10 SEPTEMBRE 1904.



BRUXELLES

L'IMPRIMERIE NOUVELLE, société anonyme

Rue de l'Artichaut, 25-27

1905



22200130414

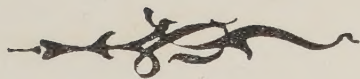
PUBLICATIONS DE LA SOCIÉTÉ
D'ÉTUDES COLONIALES DE
BELGIQUE.

La
Trypanosomiase
chez l'Européen

A. BRODEN

LABORATOIRE DE LA SOCIÉTÉ
D'ÉTUDES COLONIALES

LÉOPOLDVILLE, LE 10 SEPTEMBRE 1904.



BRUXELLES

L'IMPRIMERIE NOUVELLE, société anonyme

Rue de l'Artichaut, 25-27

1905



Trypanosomiasis chez l'Européen

En présentant un aperçu sommaire de nos connaissances actuelles sur la Trypanosomiasis chez l'Européen, nous avons principalement pour but d'attirer l'attention de nos confrères belges sur une affection qu'ils pourraient rencontrer chez des malades ayant séjourné au Congo, et de leur fournir un tableau succinct des symptômes qui caractérisent la maladie. Il importe en effet, de pouvoir diagnostiquer l'affection le plus tôt possible : la trypanosomiase étant arrivée au 2^d stade, c'est-à-dire à l'infection des centres nerveux, n'est plus susceptible de guérison.

Nous ne connaissons la trypanosomiase humaine que depuis très peu d'années. Le premier cas chez l'Européen fut identifié fin 1901 par *Dutton* (1) en Gambie, chez un malade du Dr Forde. Depuis lors, d'autres cas furent décrits par *Manson* (2) nous-même, (3) *Brumpt* (4) *Dutton et Todd* (5) *Dupont* (6) *Günther et Weber* (7) *Carlos França et Dias de Sá* (8). — Depuis le commencement de 1903, nous avons pu observer à Léopoldville, six cas de trypanosomiase chez l'Européen.

De la comparaison des observations recueillies chez nos différents malades (3), nous pourrions tirer un tableau assez complet de la symptomatologie de la trypanosomiase chez le blanc.

I. — Symptômes subjectifs.

1^o *Fièvre* : la production d'accès de fièvre constituait chez plusieurs de nos malades, l'un des symptômes les plus typiques. Ces accès de fièvre se caractérisaient pour le malade, en ce qu'ils n'étaient pas influencés par la quinine (1^{re}, 2^{me}, 4^{me} observa-

tions), — qu'ils se reproduisaient à des intervalles réguliers (1^{re}, 2^{me}, 4^{me} observations), — qu'en général, ils étaient peu graves et de courte durée.

2° *Céphalalgie* : presque tous nos malades ont souffert de céphalalgie. La céphalée était très marquée et constante chez deux d'entre eux (3^{me} et 5^{me} observations), au point de constituer pour eux toute leur maladie. La céphalalgie était moins grave et accompagnait seulement la période fébrile chez d'autres (1^{re}, 2^{me}, 4^{me}, 6^{me} observations).

3° *Eruption cutanée* : des taches d'érythème, prurigineuses, nous ont été signalées par nos malades 1, 2 et 6 ; à l'examen clinique, nous avons pu constater une éruption papuleuse chez le malade n° 3.

4° *Lassitude* : tous nos malades se sont plaints de lassitude, de fatigue dans les jambes, coïncidant avec l'accès de fièvre, mais le plus souvent aussi en dehors de toute indisposition fébrile. Cette lassitude ne leur paraissait nullement en rapport avec leur état général, d'ordinaire assez bon.

5° *Troubles visuels* : ils ont été accusés par la malade 1, M^{me} M., pendant son séjour en Angleterre, et les malades 4 et 6. Ces troubles consistaient surtout dans un affaiblissement de la vue et dans une fatigue des yeux après un léger travail : ces symptômes n'ont jamais duré longtemps et n'ont pas laissé de traces.

II. — Symptômes objectifs.

A l'examen clinique des malades, l'on remarque que l'état général est d'ordinaire satisfaisant. Il n'y a pas de symptômes de dépérissement, de souffrances comme on en constate dans d'autres affections chroniques. (Nous envisageons surtout la trypanosomiase à la 1^{re} période : un seul de nos malades, le n° 3, était arrivé au 2^d stade.)

L'examen méthodique du patient ne dénote pas de lésions organiques constantes ou typiques. Il y a néanmoins des symptômes qui ont été retrouvés chez les malades à trypanosomes avec une telle constance, qu'on peut les dire caractéristiques de la trypanosomiase. Ce sont :

1° *L'excitation cardiaque* : très marquée chez certains de nos malades, le n° 2, par exemple, elle l'était moins chez d'autres, mais elle existait constamment. Le nombre des pulsations est

toujours notablement au-dessus du chiffre normal, même alors que, chez des malades au repos, la température est normale. Aucun de nos patients ne présentait de lésions cardiaques.

2° *Le gonflement des ganglions lymphatiques du cou* : tous nos malades présentaient dans le cou des ganglions lymphatiques palpables, plus ou moins gros et en nombre plus ou moins considérable. Nous verrons plus loin que le développement des ganglions lymphatiques joue un grand rôle dans le diagnostic de la maladie.

Les *mensurations thermométriques* montrent que l'infection à trypanosomes ne se caractérise pas par une courbe de température typique. Tel malade présente des accès fébriles répétés à intervalles réguliers (malades 1 et 2); tel autre a une température constamment au-dessus de la normale (malades n° 3 et partie n° 4); tel autre enfin ne présente pas d'exacerbations thermiques même pendant une longue période (malade n° 6).

L'accès fébrile peut durer un ou plusieurs jours, mais il n'est pas précédé de frisson, la température n'atteint généralement pas un degré très élevé, et l'accès ne se termine pas par une transpiration profuse.

Fréquemment l'on a signalé dans les cas de trypanosomiasés, des *œdèmes* peu considérables aux membres inférieurs et aux paupières. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en voir chez nos malades; M^{me} M... (malade 1), nous a dit avoir remarqué à différentes reprises qu'elle avait de l'œdème aux paupières; le Père D... (malade 4), a pu constater de l'œdème aux pieds. En général ces œdèmes sont fugaces et ne sont jamais bien considérables.

Chez aucun de nos malades les *fonctions stomacales et intestinales* n'étaient troublées.

De même, les *fonctions rénales* étaient régulières; les urines d'aucun de nos malades ne renfermaient du sucre ou de l'albumine.

En résumé, cliniquement, la trypanosomiase chez l'Européen se caractérise par :

- 1° La production d'*accès fébriles* peu graves, plus ou moins fréquents, se reproduisant quelquefois à des intervalles réguliers;
- 2° *De l'excitation cardiaque* ;
- 3° *Le gonflement des ganglions lymphatiques du cou* ;
- 4° *Une éruption cutanée* ;

5° *De la lassitude et de la fatigue ;*

Comme symptômes moins constants :

6° *De la céphalalgie ;*

7° *Des troubles visuels.*

Diagnostic. — Quelle que soit la valeur des symptômes cliniques signalés plus haut, le diagnostic de trypanosomiasis ne peut être posé avec certitude que par la constatation des trypanosomes à l'examen microscopique des liquides organiques.

1° *Examen du sang :* il constitue un moyen de diagnostic simple et rapide. Une goutte de sang est recueillie par piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille, mise entre lame et lamelle, et examinée méthodiquement à un grossissement de 300 à 325 diamètres. Les trypanosomes animés de mouvements assez vifs, se retrouvent facilement.

Nos observations chez les Européens et chez les Noirs prouvent que le parasite peut être en circulation dans le sang aussi bien en dehors de toute période fébrile, que pendant des ascensions thermiques. D'un autre côté, nous avons pu constater que le trypanosome, quelquefois pendant des semaines, ne se montre pas dans la circulation périphérique.

De plus, les trypanosomes étant en général peu nombreux dans la circulation périphérique, il peut être utile de centrifuger une certaine quantité de sang.

Le résultat négatif de l'examen du sang ne peut donc pas faire conclure à l'absence de trypanosomes chez le malade examiné.

2° *Examen du suc ganglionnaire :* la ponction des ganglions lymphatiques du cou, comme moyen de diagnostic, a été conseillée d'abord par *Greig et Gray* (11). La valeur de ce mode d'examen a été confirmée par différents expérimentateurs, et il constitue actuellement le meilleur moyen de diagnostic de la trypanosomiase humaine.

3° *Examen du liquide cérébro-spinal :* l'examen de ce liquide recueilli par ponction lombaire et centrifugé (méthode *Castellani*) ne peut constituer un moyen de diagnostic que dans la deuxième période de la trypanosomiase. Même alors, elle n'a pas de valeur absolue : la présence du trypanosome dans le liquide encéphalo-rachidien des malades au 2^d stade n'est pas constante.

Evolution de la maladie. — La trypanosomiase est une maladie essentiellement chronique, La première période de la maladie

peut durer des années. Chez M^{me} M... (malade 1) l'infection remontait très probablement à fin 1900 (diagnostiquée février 1903); chez le Père D... (malade 4), la maladie avait débuté fin 1903 (diagnostic novembre 1904). Ces deux malades sont actuellement très bien portants.

Les malades infectés de trypanosomes doivent-ils arriver irrémédiablement à la deuxième période, c'est-à-dire à l'infection des centres nerveux? Cette question ne peut être tranchée actuellement : mais il est permis de supposer que, de même que certains animaux peuvent se guérir d'une infection expérimentale avec le *Tr. gambiense*, l'Européen pourrait également triompher d'une infection naturelle au 1^{er} stade.

La trypanosomiase au 2^d stade, désignée encore improprement sous le nom de maladie du sommeil, est incurable. Les malades 2 et 3 ont succombé tous deux malgré le traitement.

Il est donc de toute nécessité de poser le diagnostic de la maladie dès le début et de soumettre le malade à un traitement approprié.

Traitement. — Les résultats obtenus chez les animaux atteints de nagana ou de surra par l'administration de préparations arsenicales nous ont incité dès le début à essayer ce traitement chez l'Européen infecté de trypanosomes. Les résultats obtenus chez notre première malade, M^{me} M..., furent des plus encourageants. Mais chez nos autres malades, la médication arsenicale fut moins efficace.

Bientôt d'ailleurs les expériences faites chez les animaux par *Laveran* montrèrent que si l'acide arsénieux, administré même à hautes doses, pouvait chez les animaux faire disparaître passagèrement les *Tr. gambiense* de la circulation, il ne parvenait pas à guérir l'infection expérimentale.

Les résultats que nous avons obtenus chez notre malade 6, corroborent encore ces constatations.

Des recherches multiples ont été faites ensuite par *Laveran*, avec le *trypanroth d'Ehrlich* : elles ont conduit ce savant à la conclusion que les injections hypodermiques de trypanroth seul, ne pouvaient pas guérir l'infection expérimentale.

Récemment, *Wendelstadt* (10) est arrivé à des résultats analogues avec le vert de malachite.

Par contre, *Laveran* et l'*Ecole de Liverpool* sont arrivés à guérir des infections expérimentales de *Tr. gambiense*, en com-

binant les injections hypodermiques d'acide arsénieux avec celles de trypanroth.

D'après *Laveran* (12) l'arsenic doit être administré à des intervalles plus ou moins rapprochés et à des doses massives. La solution arsenicale de Fowler étant trop concentrée pour les injections, doit être diluée avec 2 ou 3 volumes d'eau. Sans doute pourrait-on employer avantageusement des préparations arsenicales moins irritantes.

Quelle est la dose à employer chez l'homme? Nous manquons à cet égard d'une expérience suffisante, mais nous croyons que les premières injections ne pourront guère dépasser une dizaine de milligrammes d'acide arsénieux. Les injections arsenicales doivent être répétées tous les 8 à 10 jours, en augmentant progressivement la dose.

D'après *Laveran*, les injections de trypanroth doivent être faites 2 ou 3 jours après chaque injection d'arsenic. A quelle dose? — Chez les singes, *Laveran* a pu administrer le trypanroth à la dose de 2 centigrammes par kilogramme d'animal. Mais on n'oubliera pas que le trypanroth est très irritant pour les reins et qu'on ne peut donc l'administrer à des malades déjà atteints de néphrite.

En résumé, le traitement de la trypanosomiase doit consister actuellement en :

1° Injections hypodermiques de doses massives d'acide arsénieux, tous les 8 ou 10 jours ;

2° Injections hypodermiques de fortes doses de trypanroth, faites 2 ou 3 jours après chaque injection d'arsenic.

Observations de malades.

Malade n° 1, M^{me} M..., l'infection remonte très probablement à fin 1900 ; diagnostiquée février 1903. Traitement arsenical, en injections hypodermiques (faible dose) et par la bouche. — Depuis mars 1903, plus d'accès de fièvre. Le 1^{er} janvier 1905, après une

grossesse normale, donna naissance à une petite fille bien constituée. Depuis lors, l'état général continue à être excellent.

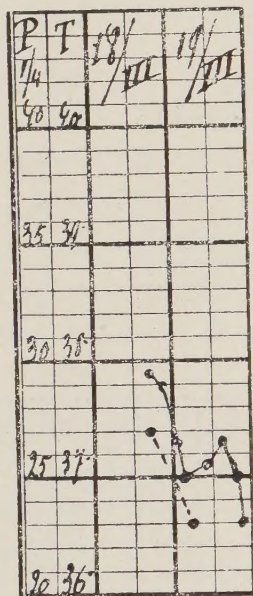
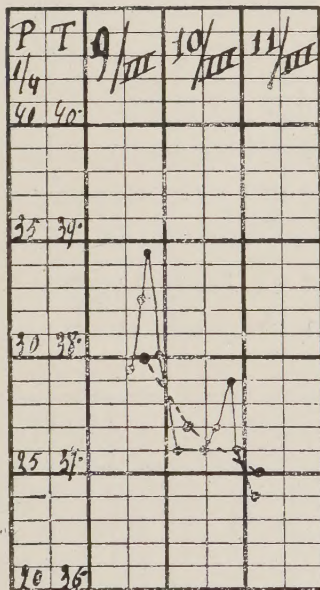
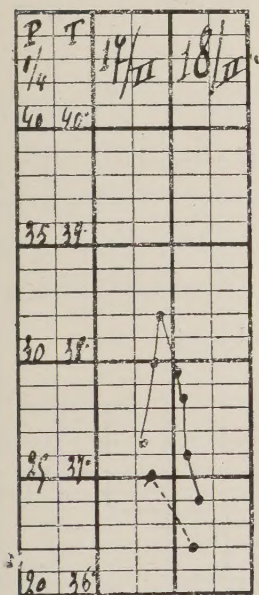
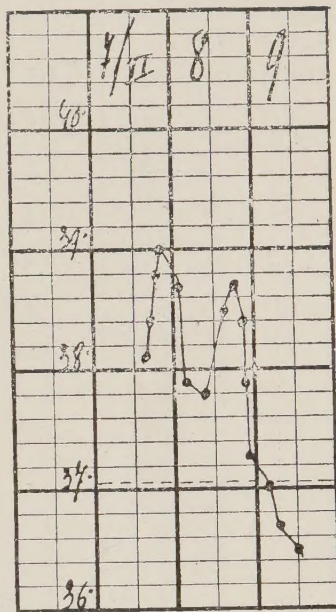
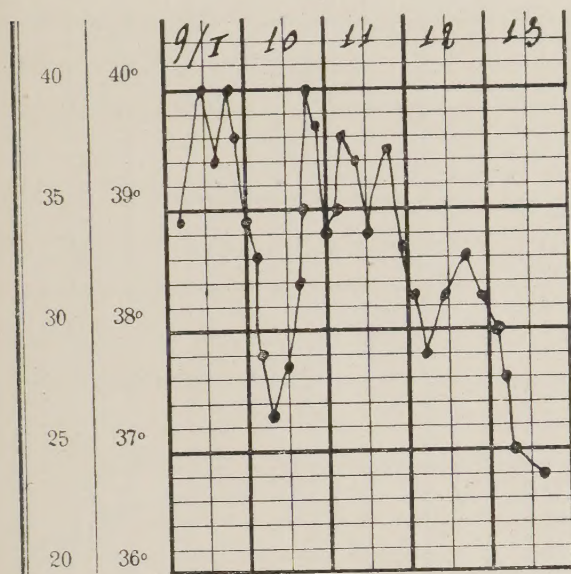


Diagramme se rapportant au malade n° 1

Malade n° 2, B..., infection contractée très probablement pendant un 1^{er} terme de service; diagnostiquée en août 1903, tout au début du 2^d terme de service, après un congé de 6 mois en Europe. — Traitement arsenical, en injections hypodermiques (faibles doses) et par la bouche. — Observation continuée en

1904 par *Dutton et Todd*, puis à l'*Ecole de Liverpool*. — Mort fin 1904.

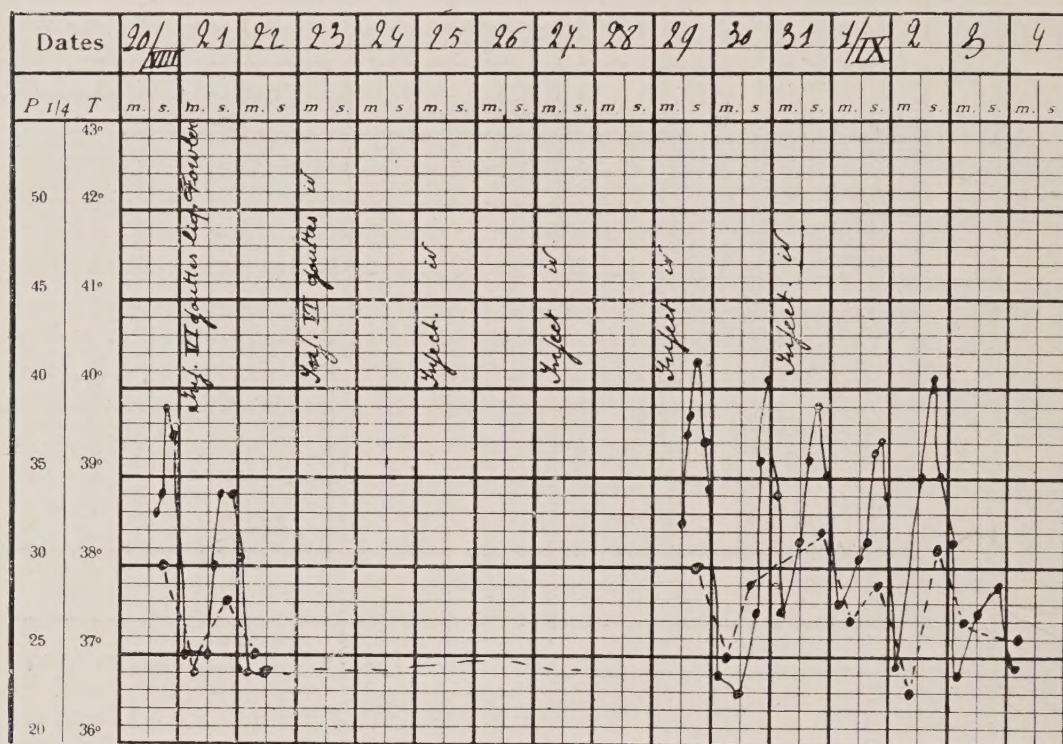


Diagramme se rapportant au malade n° 2

Malade n° 3, *V...*, il a été impossible de fixer, même approximativement, depuis combien de temps le malade souffrait de la trypanosomiase. Malgré le résultat négatif de l'examen du liquide encéphalo-rachidien, les symptômes cliniques montraient que *V...*, était à la 2^{me} période de la maladie. — Traitement arsenical par la bouche. — Mort en Europe, fin novembre 1904.

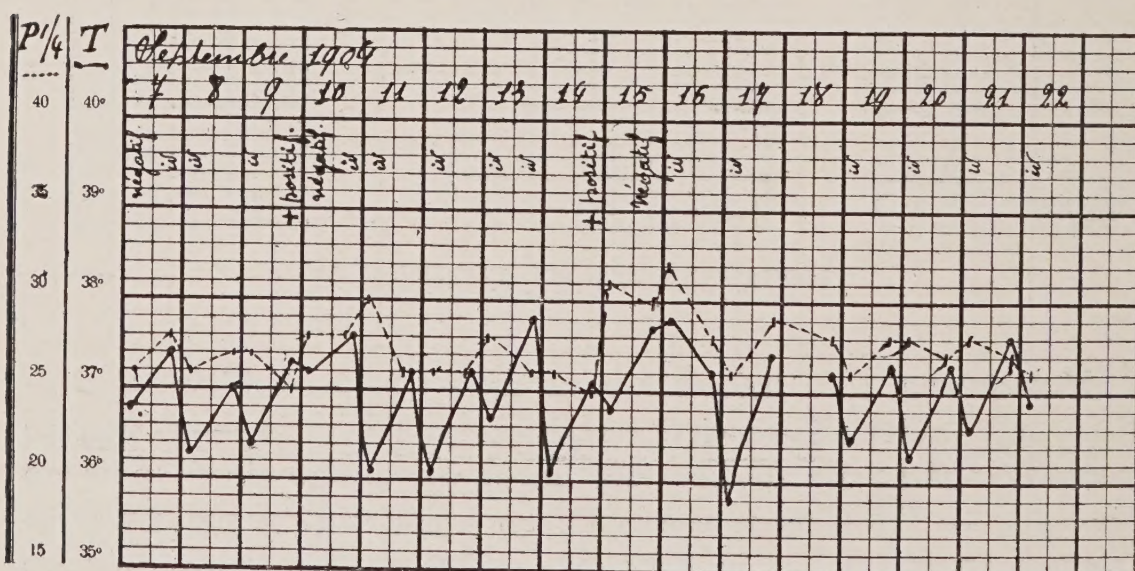


Diagramme se rapportant au malade n° 3.

Malade No 4

Flom: Pere D...

Malade No 4



(Voir page 13).

Malade n° 4, Père D..., l'infection remontait très probablement à fin 1903, diagnostiquée fin 1904. — Traitement arsenical par la

décembre 1904

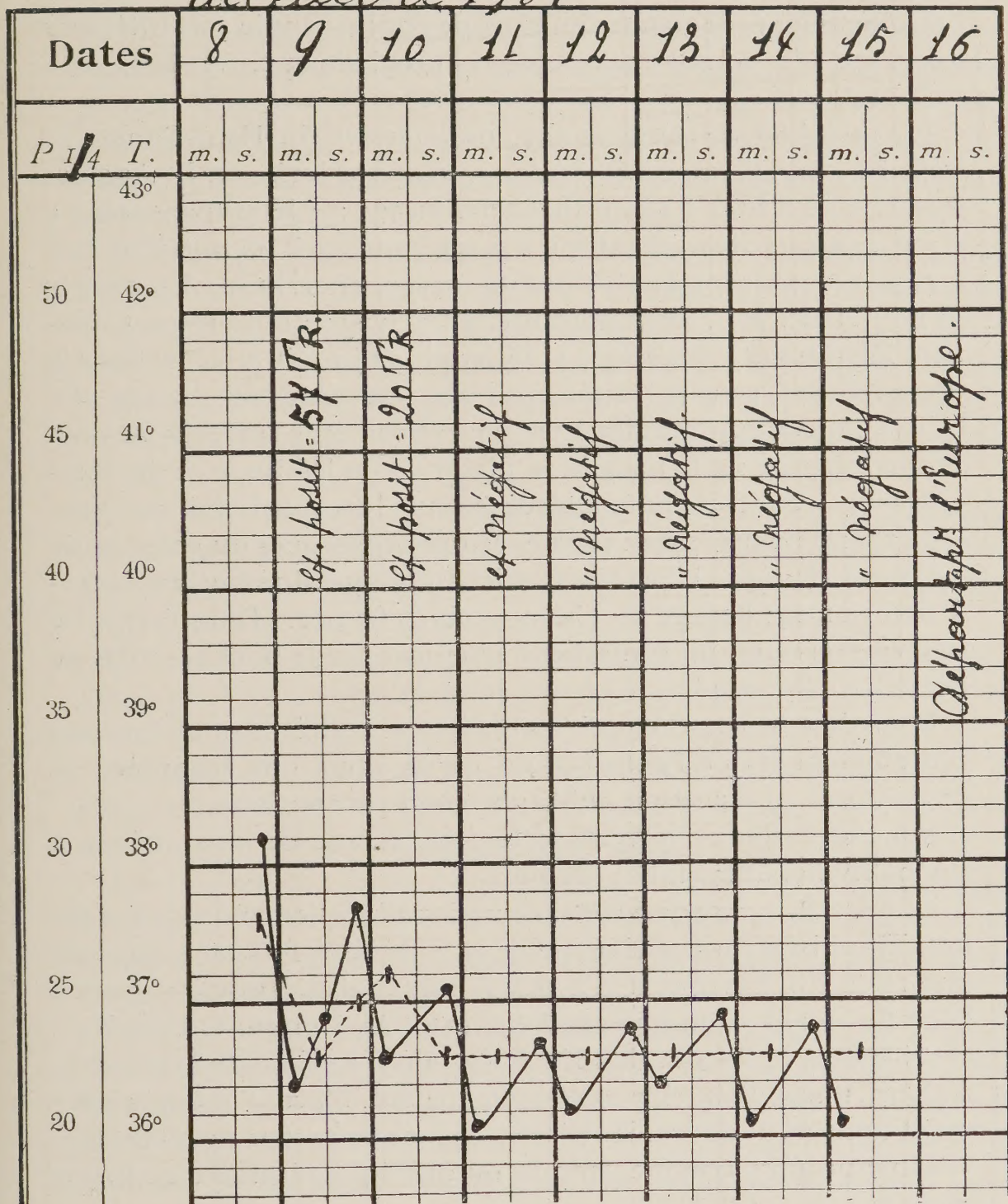


Diagramme se rapportant au malade n° 5.

bouche jusque 3 fois XVI gouttes par jour. — Malade encore actuellement au Congo. Au mois de juin de cette année, était

toujours bien portant, et n'avait plus eu de fièvre depuis de longs mois.

Malade n° 5, F..., infection remontant très probablement à peu de mois. N'a pu être observé que pendant une semaine. — Les renseignements demandés en Europe concernant le sort ultérieur de ce malade, seront communiqués prochainement.

Malade n° 6.

Le 17 juillet de cette année, nous arrive du Haut-Congo, le Père R..., missionnaire catholique, avec une lettre du Dr Angela, médecin de l'Etat à Coquilhatville, disant : « le trypanosome a » été constaté dans le sang il y a un mois, et il ne put plus être » trouvé depuis malgré les nombreuses recherches. » En effet le 12 juin, le P. R..., avait consulté le Dr Dye (de la Foreign Christian Missionary Society), à Bolengi, qui avait pu constater la présence de rares trypanosomes dans le sang du malade. Le Dr Dye nous a communiqué les renseignements suivants au sujet de son examen : « le malade se plaignait de lassitude et de som- » nolence, était anémié, présentait un léger œdème des pau- » pières ; il ne présentait pas de lésions organiques du cœur ni de » lésions rénales. A l'examen microscopique du sang, rares try- » panosomes ; dosage de l'hémoglobine 60 p. c. (Tallquist). » Le Dr Dye prescrivit un traitement arsenical par la bouche, mais ne put revoir le malade.

Nous devons des remerciements à nos confrères pour tous ces renseignements et l'autorisation qu'ils nous ont accordée, de publier une observation qu'ils n'avaient pu continuer.

Nous examinons le malade le jour même de son arrivée à Léopoldville, le 17 juillet dernier.

Le Père R..., âgé de 34 ans, de nationalité allemande, de l'ordre des Trappistes, est arrivé pour la première fois au Congo en mai 1903. En Europe, il n'a pas fait de maladie grave : jusqu'à l'âge de 10 ans, a eu une santé délicate. Au Congo, le Père R..., est allé dans le district de l'Equateur, où il a séjourné à Bamania, d'abord, puis à Baku. Il y a été bien portant, n'ayant que très rarement un peu de fièvre, jamais d'accès violent, sans pourtant suivre une prophylaxie mécanique ou quinquine régulière contre la malaria.

En décembre 1904, il est allé à la mission de Coquilhatville, où il s'est bien porté jusqu'à la fin du mois de mai de cette année. Le 2 ou 3 juin dans la nuit, le malade a eu un accès de fièvre peu

violent, qui avait pris fin au matin : il n'a ressenti le lendemain qu'un peu de lourdeur de tête et de la fatigue dans les jambes, sensations qui n'ont guère perduré. Pendant huit jours, le malade n'eut pas de fièvre. Le 9 ou 10 juin, se produit un nouvel accès de fièvre assez grave, compliqué d'une syncope. Cet accès a duré vingt-quatre heures et a été suivi de céphalée violente, de grande faiblesse dans les jambes, de troubles visuels. Ceux-ci, d'après le malade, consistèrent surtout en une diminution de l'acuité visuelle, sans douleurs, sans symptômes inflammatoires de l'appareil visuel.

Pendant les accès de fièvre ou dans leur intervalle, le malade n'a pas remarqué d'œdème aux chevilles ni aux paupières. Mais cinq à six jours après le premier accès, il a remarqué à la face interne de la jambe droite, à hauteur du mollet, une « plaque rouge » grande comme une pièce de cinq francs, très prurigineuse. Cette tache d'erythème a persisté pendant une huitaine de jours.

C'est le 12 juin que le malade est allé à la mission protestante de Bolengi, pour consulter le Dr Dye. Pour parcourir à pied les 5 kilomètres qui séparent Bolengi de la mission catholique de Coquilhatville, il a fallu au malade plus de deux heures.

L'examen microscopique du sang fait ce jour, révéla la présence de trypanosomes et le Dr Dye prescrivit un traitement arsénical, de la liqueur de Fowler à prendre par la bouche.

Dans la suite, le malade fut soigné par le médecin de l'Etat à Coquilhatville, le Dr Angela, qui, n'ayant plus retrouvé de trypanosomes dans le sang périphérique, suspendit le traitement.

Après quelques jours, l'état général du malade s'est beaucoup amélioré : mais nous n'avons pas d'indications exactes sur la marche de la température, celle-ci n'ayant jamais été mesurée au thermomètre.

Le 9 juillet, le traitement arsénical par la bouche a été repris, et le malade fut dirigé vers Léopoldville, où il arriva le 17 juillet dans la matinée. Le jour même, dans l'après-midi, l'examen microscopique du sang dénota la présence de 40 trypanosomes dans une préparation ordinaire à frais, deckglass de 20 mm². La température dans l'aisselle était à ce moment de 37°7, le pouls 96 à la minute.

Examen du malade. — Le Père R..., accuse un état général très satisfaisant ; il dit jouir d'un bon appétit, ne plus éprouver

de céphalalgie ni de fatigue dans les jambes. Les troubles visuels ont disparu, du moins le malade assure avoir la vue aussi nette qu'auparavant. (Un examen ophtalmoscopique n'a pu être pratiqué.)

La constitution générale est plutôt faible, la musculature est flasque; le malade dit avoir notablement maigri depuis son arrivée au Congo.

La *cage thoracique* est longue et assez étroite; la partie inférieure est projetée en avant, il y a de la lordose lombaire. (Le sujet n'a pas été accepté au service militaire en Allemagne, n'ayant pas le périmètre thoracique voulu).

Poumons : la percussion ne dénote pas d'altérations; à l'auscultation, la respiration est vésiculaire aux deux temps, l'expiration est un peu prolongée, il n'y pas de râles.

Cœur : est couvert; la pointe bat dans le 5^{me} espace, les battements se perçoivent aussi dans le 4^{me} espace intercostal, très faiblement dans le 3^{me}, pas du tout dans le 6^{me}. L'auscultation ne dénote pas de lésions organiques.

Pouls : est faible, régulier, de tension minime, un peu accéléré, l'artère a un volume petit, les parois ne sont pas athéromateuses.

Abdomen : à la palpation, la tension générale n'est pas trop forte, il n'y a pas de résistances anormales; le colon descendant est palpable. La palpation profonde n'est pas douloureuse.

Foie : n'est pas augmenté.

Rate : ni à la percussion, ni à la palpation ne dépasse le rebord costal.

Les *fonctions stomacales et intestinales* sont normales.

Système lymphatique : dans le cou, à droite, sur le M. sterno-cléïdo-mastoïdien, il y a quelques ganglions très petits; à gauche, dans la fosse sus-claviculaire, il y a quelques ganglions palpables, mais très petits; — dans l'aisselle, quelques ganglions très petits; — dans l'aîne, quelques ganglions palpables, mais peu développés; pas de ganglions palpables en d'autres parties du corps.

Du côté du *système nerveux*, rien de particulier à noter.

Urines : ne renferment ni sucre ni albumine.

Au moment de notre examen, il n'y a pas d'éruption cutanée.

Poids du corps, 54 kilogrammes (pesé à Coquilhatville une quinzaine de jours avant notre examen).

Le tableau ci-contre indique la marche de la température (dans l'aisselle) chez notre malade. La température ayant été prise toutes les trois heures, depuis 6 heures du matin jusque 9 heures du soir, des exacerbations thermiques même de courte durée, n'ont pu nous échapper. L'on remarquera que la température n'a que très rarement dépassé 37° : l'une de ces ascensions thermiques, $37^{\circ}4$ (27 juillet), s'est produite après un déplacement en chemin de fer jusqu'à Kinshassa, distant de Léopoldville de 10 kilomètres.

Le même tableau donne des indications sur le nombre des *trypanosomes* rencontrés dans le sang périphérique. Les examens du sang ont été faits tous les jours, à peu près à la même heure : une goutte de sang prise au doigt, était recouverte d'un deck-glass de 20 m², et examinée méthodiquement à un grossissement de 325 diamètres. Les chiffres n'ont donc pas une valeur absolue, mais sont comparables.

A côté des trypanosomes, nous avons retrouvé dans le sang, à quatre reprises, des embryons de *filaire diurne*.

Les caractères des *trypanosomes* tant à frais qu'après coloration, sont identiques à ceux décrits depuis longtemps pour le *Tr. gambiense*.

Dosage de l'hémoglobine : 65 p. c. (Gowers).

Numération des globules du sang :

Erythrocytes : 3.950.000,

Leucocytes : 6.000.

Dans les nombreuses préparations de sang nous n'avons jamais trouvé de parasites de la malaria.

Traitement. — Le malade a été soumis à des injections hypodermiques d'acide arsénieux. Nous nous sommes servi de la solution de Fowler stérilisée, mais diluée au moment de l'injection avec deux parties d'eau.

Une 1^{re} injection de 8 milligrammes d'acide arsénieux, une 2^{me} de 10 milligrammes ont été bien supportées. Après la 3^{me} injection, de 10 milligrammes également, faite le 31 juillet, le malade s'est plaint, au bout de trois ou quatre jours, de violentes douleurs dans la jambe et le pied droits, puis dans le pied gauche, ensuite d'insomnie. L'examen des membres inférieurs n'a montré aucune lésion, et les douleurs ont disparu après deux ou trois jours.

Ces symptômes ayant pu être produits par l'acide arsénieux,

la 4^{me} injection a été retardée. Celle-ci de 10 milligrammes, la 5^{me} et la 6^{me}, respectivement de 12 et de 15 milligrammes, ont été bien supportées.

La réaction locale après les injections n'a jamais été vive et a consisté uniquement dans des douleurs très supportables, persistant pendant quelques heures.

Comme on peut le voir, d'après le tableau rapporté plus haut, le nombre des trypanosomes en circulation dans le sang a diminué notablement après les injections d'arsenic. Mais celles-ci n'ont pu faire disparaître les parasites d'une façon définitive.

Cette action incomplète de l'acide arsénieux sur le *Tr. gambiense* a été mise en lumière par *Laveran* (9) et l'*Ecole de Liverpool*.

Tout récemment, *Laveran* est arrivé à des résultats bien meilleurs en combinant le traitement arsénical avec des injections de *trypanroth*. Peut-être cette dernière substance pourrait-elle être remplacée par le vert de malachite (*Wendelstadt* [10]).

Malheureusement, nous n'avions pas de trypanroth à notre disposition. Les expériences avec le vert de malachite n'étant pas suffisamment avancées, nous ne nous sommes pas cru en droit de l'essayer chez notre malade.

Sur nos conseils, le Père R... a quitté Léopoldville le 25 août, pour rentrer en Europe; étant de nationalité allemande, il a manifesté le désir de se faire soigner à l'*Ecole de Hambourg*.

Au moment de son départ de Léopoldville, l'état général du malade paraissait aussi satisfaisant que possible. Depuis le commencement du mois de juillet jusqu'au 22 août, le malade avait gagné en poids 3 kilogrammes.

Littérature.

1. DUTTON, *A Trypanosoma in human blood. Brit. Med. journal*, 20 septembre 1902.

2. MANSON, *A case of trypanosomiasis. Brit. Med. journal*, 30 mai 1903.

3. BRODEN, *Bulletin de la Société d'Etudes Coloniales*; n^{os} de : avril 1903; février 1904; novembre 1904; janvier 1905; février 1905.

4. BRUMPT, cité d'après *Laveran*.

5. DUTTON ET RODD, *Report of the trypanosomiasis exped, to Senegambia*, 1903; *id. to the Congo*, 1904.
6. DUPONT, cité d'après *Laveran*.
7. GÜNTHER ET WEBER, *Münchener Med. Wochenschrift*, n° 24, 1904.
8. CARLOS FRANÇA ET DIAS DE SÂ, cité d'après *Laveran*.
9. LAVERAN, *Trypanosomes et Trypanosomiasis*, 1904.
10. WENDELSTADT, *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 47, 1904, *Ref. in Arch. für Schiffs-und Tropenhygiene*, Heft 2, 1905.
11. GREIG ET GRAY, *Brit. Med. journal*, 28 mai 1904.
12. LAVERAN, *Comptes rendus Acad. des sciences*, 17 avril 1905.

A. BRODEN.

Léopoldville, le 10 septembre 1905.

Appendice.

La communication qui précède avait déjà été envoyée, quand nous avons été appelé à constater un nouveau cas de trypanosomiase chez l'Européen.

Le 13 septembre de cette année, nous sommes consulté par M^{me} R..., missionnaire, arrivée à Léopoldville du Haut-Congo, la veille dans la soirée. Elle a souffert d'un accès d'hémoglobinurie il y a peu de mois : depuis lors elle est restée très faible, et elle désire savoir si son état de santé exige qu'elle rentre en Europe.

L'interrogatoire de la patiente ne révèle rien de bien particulier. L'accès d'hémoglobinurie remonte au mois de juin de cette année : depuis lors, elle a eu fréquemment de petites fièvres, traitées au moyen de l'enquinine. Récemment, la malade a été trouvée infectée de malaria (examen du Dr Dye, à Bolengi), et depuis quelques jours elle prend, outre 0,60 grammes d'enquinine, un peu d'arséniate.

Au moment de notre visite (3 heures du soir), la température est à 98°6 F. (36°9 C.), le pouls est à 120 à la minute (sans affection cardiaque).

Cette discordance marquée entre le pouls et la température,

chez une malade au repos, en même temps que la sensation de fatigue et de faiblesse générale, accusée par la patiente, nous poussent à l'examen du système lymphatique. *Dans le cou, de chaque côté, nous trouvons deux petits ganglions palpables, indolores.*

Nous examinons le sang recueilli au doigt et constatons l'absence de parasites de malaria, mais la présence de *rares trypanosomes* (*Tr. gambiense*).

Jusqu'alors rien, dans l'état de M^{me} R..., n'avait fait prévoir une infection à trypanosomes, dont elle connaissait pourtant les principaux symptômes, ayant été en rapports suivis avec une des malades de *Dutton et Todd*.

M^{me} R..., âgée de 31 ans, séjournait dans le Haut-Congo, à Bongandanga, sur le Lopori (concession Abir), dans le district de l'Equateur. Elle fit au Congo un premier séjour de quatre ans, pendant lequel elle s'est toujours bien portée. La seule indisposition signalée est « une fièvre » qui a duré trois jours.

Pendant un congé en Europe 1902-03, elle fut toujours bien portante.

M^{me} R... revint au Congo en septembre 1903. En décembre 1904, petite ascension thermique jusque 37°5 C. environ (99°4 à 99°6 F.).

En mai-juin 1905, refroidissement après avoir passé dans les herbes mouillées.

Le 16 juin de cette année, accès d'hémoglobinurie qui dura pendant cinq jours, mais ne fut pas très grave.

Le 24 juin, *fièvre qui revint depuis lors régulièrement après un intervalle apyrétique de quelques jours.*

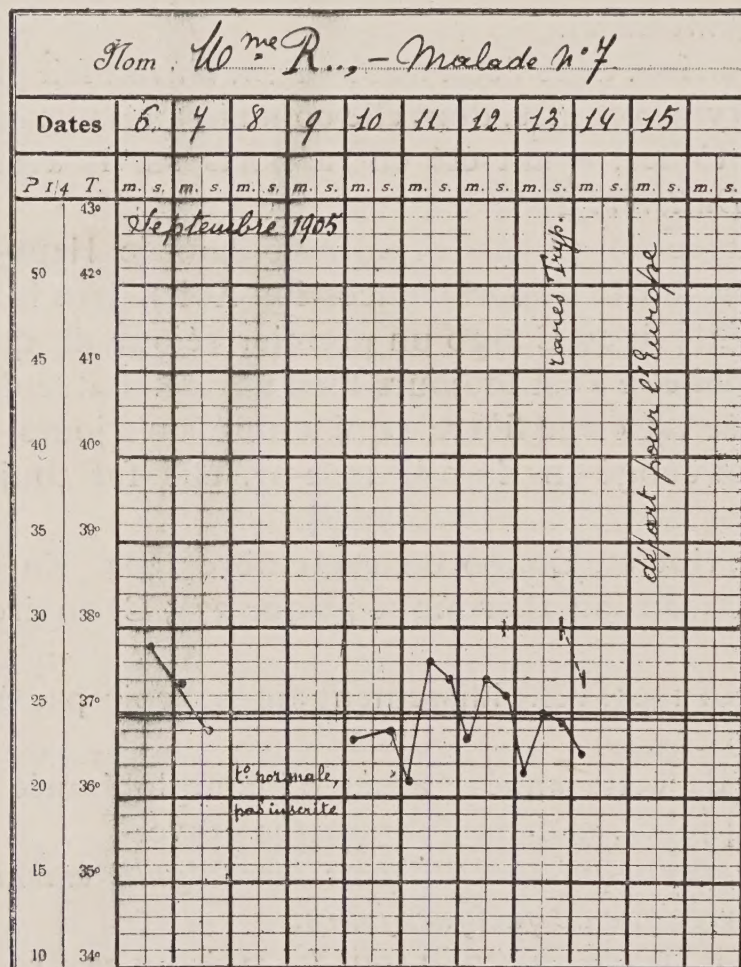
Au début, la fièvre reprenait tous les trois ou quatre jours, ensuite tous les quatre ou cinq jours. La plus longue période apyrétique fut de sept jours, mais en général elle n'était que de quatre ou cinq jours.

Le maximum de température constaté était de 104° F. (39° C.); les pulsations dépassaient constamment 100 à la minute, maximum constaté 116.

M^{me} R... n'a jamais remarqué d'*éruption cutanée* prurigineuse. Mais à peu près à la même époque qu'elle souffrait d'hémoglobinurie, elle fut piquée à la face interne de la jambe gauche, un peu au-dessus de la cheville, par une mouche (?). La région gonfla et fut douloureuse pendant longtemps. Dans ces derniers

temps, la malade a souffert aux mains d'une affection cutanée de nature eczémateuse.

En dehors des accès de fièvre, notre malade n'a pas souffert de céphalalgie : elle n'accuse pas de troubles visuels. Ce qui constitue pour M^{me} R... le principal symptôme de sa maladie, c'est la fatigue, la faiblesse générale.



Les fonctions digestives et urinaires sont régulières.

Le tableau ci-dessus montre la marche de la température les quelques jours qui ont précédé notre examen.

M^{me} R... a désiré rentrer en Angleterre immédiatement pour se faire soigner par le Prof. Manson.

Elle quitte Léopoldville le 15 septembre pour rentrer en Europe avec le bateau du 19.

